

Formulario de Admisión al Community Reach Center



**COMMUNITY
REACH
CENTER**

ETAPA # _____ Fecha de admisión: ____/____/____

_____ Apellido del Cliente _____ Nombre _____ Inicial _____ Nombre Preferido _____

(____) ____ -- ____ Teléfono de casa (____) ____ -- ____ Número de celular _____ Correo Electrónico _____

_____ Calle y numero _____ # de Apartamento o Lote _____ Condado _____

_____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

____/____/____ Fecha de nacimiento _____ -- ____ -- ____ Número de seguro social _____

_____ Empleado/Escuela _____ Dirección _____ (____) ____ -- ____ Numero de Trabajo _____ Ocupación (o grado en la escuela) _____

¿Es Usted

Español/Hispano/Latino?

- Hispano – Mexicano
- Hispano – Cubano
- Hispano-Puertorriqueño
- Hispano – otro
- Prefiero no contestar

Grupo Étnico

- Indio Americano/ Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro/Afro Americano
- Nativo de Hawái/ de una isla del pacifico
- Blanco
- Prefiero no contestar

Años de Educación:

_____ (Diploma de Preparatoria = 12 años)

¿Está Usted

Embarazada?

- Si
- No

¿El Problema Subsistió por un Año o Más?

- Si
- No

¿Es Usted Veterano o Militar Activo?

- Yes
- No
-

Estado Civil

- Nunca me case
- Casado(a)
- Casado/Separado
- Viudo(a)
- Divorciado(a)

Sexo

- Femenino
- Masculino

Orientación Sexual

- Heterosexual
- Gay/Lesbiana
- Bisexual
- Prefiero no contestar
- Otro: _____

Ha sido diagnosticado con:

- Discapacidad del desarrollo
- Ciego / Perdida de visión severa
- Lesión cerebral traumática
- Sordo / Perdida severa de audición
- Discapacidad de aprendizaje

Idioma Preferido:

- Ingles
- Español
- Otra: _____

Estado del Empleado

- Tiempo completo
- Medio Tiempo
- Discapacitado
- Desempleado
- Estudiante

Servicios Anteriores de Salud Mental

- Atención de paciente externo
- Otra atención de 24 horas
- Atención parcial
- Atención a paciente interno

Actualmente (Marque si Si)

- ¿Se está atendiendo a alguien de su familia en nuestras oficinas?
- ¿Ha estado usted o alguien de su familia antes en nuestras oficinas?

Personas Con las que Vive (Marque todas las que apliquen)

- Solo
- Custodio legal
- Padres adoptivos
- Madre
- Padre
- Compañero(a)/Pareja
- Esposo(a)
- Hermano(s)
- Hijo/hijos
- Familiar(es)
- Persona no relacionada

Otros Miembros de la Familia en la Casa:

Nombre(s):	Fecha de nac. o edad:	Sexo (Mo F):	Relación:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

En Caso de Emergencia, Lllamar A:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Relación: _____
 _____ (____) ____ -- _____